



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMAE: HOSPITAL GENERAL "DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

**ESTADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON
HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL EN EL HOSPITAL GENERAL CENTRO
MÉDICO NACIONAL LA RAZA, "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"**

TESIS

PARA OBTENER EN MÉDICO ESPECIALISTA EN
AUDIOLOGÍA OTONEUROLOGÍA Y FONIATRÍA

P R E S E N T A

DRA. LAURA GABRIELA ARPÁIZ VIDAL

ASESOR DE TESIS

DRA. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRÒN
DRA. ARALIA GUTIÉRREZ MÁRQUEZ

NO. REGISTRO: R-2019-3502-101

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX. JULIO, 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS Y AGRADECIMIENTOS

Es difícil poder describir lo que siento en este momento; la vida está hecha de momentos de impacto, siendo este uno de ellos. Quiero comenzar agradeciendo a Dios por permitirme cumplir uno de mis grandes sueños, un sueño que comenzó cuando yo era una niña y hoy después de tantos años se culmina con éxito la meta propuesta.

Quiero dar gracias y dedicar este logro principalmente a mis Padres, quienes me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

Mami por ser el pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente en todo momento, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron, por todo lo que has sacrificado para que el día de hoy sea una Doctora profesional, con principios y valores que me definen como la mujer que soy, sin tu paciencia y amor no hubiera podido llegar a la meta. Te Amo Madre Mía.

Papi, Doy Rey como te digo Gracias por todo tu apoyo, que a pesar de las circunstancias y la distancia siempre has estado presente en mi vida, enseñándome valores primordiales para ser una excelente profesional, gracias por todo tu sacrificio y todo tu amor; aunque muchas de las veces no estamos de acuerdo siempre hemos sabido salir adelante ante toda adversidad. Te amo papi.

Mis hermanos: Con y Jorge que son los motores de mi vida, mi equipo como nos decimos, son las personas más importantes en mi vida, sin su apoyo no podría haber llegado hasta aquí. Gracias Sis por enseñarme el valor de la Esperanza y la Fe, la cual es inquebrantable en nuestras vidas, por mostrarme que existen nuevas oportunidades para ser mejor persona y sin pensarlo el mayor miedo se convirtió en mi fortaleza, Te amo Sis y siempre estaremos juntas. Jorge: Edmano aunque eres adoptado y estemos en desacuerdo casi siempre te amo con todo mi corazón; gracias por apoyarme cuando lo he necesitado por siempre darme la fuerza de salir adelante pero sobre todo por estar siempre a mi lado a pesar de nuestras diferencias. Es difícil poder expresar lo que significan para mí en pocas palabras, pero saben que los amo y sin ustedes esto no hubiera sido posible. A mis lobitos Jagger y Maya quienes se desvelaban junto conmigo acompañándome a estudiar.

Armis, esposo, gracias por ser mi compañero de vida, mi mejor amigo y confidente, desde que te conocí te convertiste en el hombre de mis sueños; compartiendo este sueño en común que con el paso de los años se convirtió en una meta, la cual ambos concluimos. Sabes que sin ti esto no hubiera sido posible, ya que fuiste pieza fundamental en este proceso, gracias por tu amor y apoyo incondicional para concluir esta meta profesional. Eres mi inspiración para cada día ser una mejor persona; estoy orgullosa y sé que tú también de la pequeña familia que somos y que junto a Cabito siempre estaremos unidos para seguir soñando y alcanzando metas. Te amo. ¡Juntos siempre!

Tres personas que no puedo dejar de mencionar, una de ellas mi mayor tesoro mi abuelita Tere, quien siempre ha pedido por mí en todos los sentidos, sin sus oraciones sin su amor y apoyo incondicional nunca hubiera estado hoy aquí, mi tía Carmita quien ha sido una segunda madre para mí, quien incondicionalmente me ha amado, apoyado y estado en todo momento para mí, por escucharme cuando lo he necesitado

sé que estas sumamente orgullosa de todo lo que he logrado. Mi abuelo mi chelo desde el cielo está orgulloso y feliz al verme realizada como profesionista y como persona, nos faltaron momentos por vivir, pero sé que siempre estas a mi lado.

Agradezco a mi director de tesis la Dra. Laura Villanueva quien, con su experiencia, conocimiento y motivación me oriento en esta investigación. Gracias por enseñarme las bases fundamentales para mi desempeño profesional, por brindarme las herramientas necesarias para ser una mejor doctora, por todas esas horas de enseñanza que nos compartió; pero sobre todo por brindarme su amistad y su apoyo fundamental en todo este tiempo; sabe que le tengo una profunda admiración y cariño. Gracias por todo.

Dra. Aralia Gutiérrez, gracias por todos los conocimientos compartidos, por toda su paciencia y motivación que me ha brindado, por todas esas tardes de enseñanza que se prolongaban, por todas las veces que me asesoro en algún trabajo, es indiscutible el amor que tiene por enseñar a todos los residentes, a lo largo de estos cuatro años se convirtió en una maestra admirable, pero sobretodo en una amiga que sé que voy a extrañar, pero a si mismo sé que cuando la vuelva a ver me saludara con una sonrisa y un fuerte abrazo, muchas gracias por su cariño y apoyo incondicional.

Es imposible no mencionar a la Dra. Verónica Ocampo quien fue parte fundamental de este camino, gracias por compartir conmigo sus conocimientos, su apoyo cuando tenía alguna duda, que al paso de los años se convirtió en una amiga. Muchas gracias por su apoyo.

Pany; compañera en esta aventura que se llama residencia, gracias por hacerme reír cuando lo necesitaba por brindarme tu amistad incondicional, sé que hicimos un excelente equipo y nos apoyamos ante todas las adversidades que se fueron presentando. Te voy a extrañar, Te quiero.

Caro y Angie gracias por estar en este momento, por brindarme su amistad y apoyo, pero sobre todo por su cariño.

A todos mis primos, tíos y amigos que siempre han creído en mí, gracias por su amor y apoyo.

Mis amigas: Chela, Dany, Cin, Eli, gracias por estar en mi vida, a pesar de la distancia siempre han estado para darme un consejo, por motivarme, pero sobre todo por su amistad incondicional.

Por ultimo agradezco a los todos mis profesores de mi Almar mater la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, y de la especialidad de Audiología y Otoneurología y Foniatría que, con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como profesionista que amara su profesión. Gracias!

A todos ustedes: GRACIAS

ESTADO DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS CON HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL EN EL HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA, “DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA”

DRA. MARÍA TERESA RAMOS CERVANTES

Directora de Educación e Investigación en Salud
U.M.A.E. Centro Médico Nacional La Raza, “Dr. Gaudencio González Garza”

DRA. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRÓN

Profesor titular del curso de Especialidad en Comunicación, Audiología y Foniatría

DRA. ARALIA GUTIÉRREZ MÁRQUEZ

Medico de Base y Profesora adjunta del curso de Especialidad en Comunicación, Audiología y Foniatría



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 3502.
HOSPITAL GENERAL DR. GAUDENCIO GONZALEZ GARZA, CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS 18 CI 09 002 001
Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 09 CEI 027 2017101

FECHA Miércoles, 26 de junio de 2019

M.E. LAURA ALEJANDRA VILLANUEVA PADRON

PRESENTE

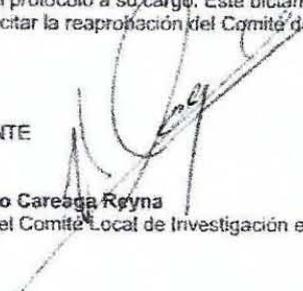
Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título Estado de Ansiedad en los pacientes mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial en el Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, "Dr. Gaudencio González Garza que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**.

Número de Registro Institucional

R-2019-3502-101

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dr. Guillermo Careaga Reyna
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3502

[Imprimir](#)

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

INVESTIGADOR RESPONSABLE:

Dra. Laura Alejandra Villanueva Padrón
Profesor titular del curso de especialidad en Comunicación, Audiología y Foniatría
Matricula: 11367164
Adscripción: CMN La Raza "Dr. Gaudencio González Garza"
Dirección: Eje 1 Pte. (Calzada Vallejo), Vallejo Poniente, 07790 Ciudad de México
Correo electrónico: lauravillanueva@imss.gob.mx
Teléfono: 5513635608

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Aralia Gutiérrez Márquez
Medico de Base y Profesora adjunta del curso de especialidad en Comunicación, Audiología y Foniatría
Matricula: 11787244
Adscripción: UMAE CMN La Raza "Dr. Gaudencio González Garza"
Dirección: Eje 1 Pte. (Calzada Vallejo), Vallejo Poniente, 07790 Ciudad de México
Correo electrónico: ledotore@yahoo.com.mx
Teléfono: 5552172498

INVESTIGADOR ASOCIADO:

Dra. Laura Gabriela Arpaiz Vidal
Residente Audiología, Otoneurología y Foniatría del Cuarto año
Matricula: 98369922
Adscripción: UMAE CMN La Raza "Dr. Gaudencio González Garza"
Dirección: Eje 1 Pte. (Calzada Vallejo), Vallejo Poniente, 07790 Ciudad de México
Correo electrónico: laura_arpaiz@hotmail.com
Teléfono: 9933477545

**Estado de Ansiedad en los pacientes mayores de 60 años con
hipoacusia neurosensorial en el Hospital General Centro
Médico Nacional La Raza, “Dr. Gaudencio González Garza**

ÍNDICE

RESUMEN	1
MARCO TEÓRICO.....	2
OBJETIVO GENERAL.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS	17
RESULTADOS	20
ANALÍSIS DE LOS RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	27
CONCLUSIÓN	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	33

Título: Estado de Ansiedad en los pacientes mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial en el Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, "Dr. Gaudencio González Garza

Autores: Villanueva PLA, Gutiérrez MA, Arpáiz VLG

RESUMEN

Marco teórico: La hipoacusia o discapacidad auditiva representa una condición prevalente en la población, afecta alrededor de 360 millones de personas, afecta alrededor del 5% de la población mundial. De acuerdo a la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, la hipoacusia ocupa el tercer lugar entre las patologías que involucran años de vida con discapacidad, luego de la depresión y lesiones no intencionadas. La hipoacusia afecta la calidad de vida de quienes la padecen, en particular el funcionamiento psicológico, social y emocional. Las variables psicológicas que se han asociado con hipoacusia son múltiples, se ha asociado la hipoacusia con deterioro cognitivo, como demencia, y trastornos de la salud mental, como ansiedad, soledad, depresión, somatización y funcionamiento social pobre, siendo la depresión la enfermedad psiquiátrica más frecuentemente relacionada con hipoacusia en adultos mayores e incluso con mayor riesgo de mortalidad.

Objetivo general: Detectar el grado de ansiedad mediante la Escala de Hamilton en los pacientes mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial media a profunda vascular degenerativa.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y analítico en pacientes adultos de mayores de 60 años, de ambos géneros, que cumplieron los criterios de inclusión, se les realizó estudio audiológico, pruebas vestibulares y se les aplicó la Escala de Hamilton, previa firma de consentimiento informado. Se realizó estadística descriptiva y se correlacionó el grado de ansiedad a nivel de la hipoacusia.

Resultados: Aceptaron participar 37 pacientes; 20 hombres (54%) y 17 mujeres (46%) con un rango de 60-88 años; encontrando en 17 pacientes con hipoacusia neurosensorial moderada, 16 pacientes con hipoacusia severa y 4 pacientes con hipoacusia profunda. De acuerdo con la Escala de Hamilton; el 62.1% de los pacientes presentaron Ansiedad Moderada/Grave, 13.5% con Ansiedad leve, 24.3% no presentaron ansiedad. En correlación con la hipoacusia y el grado de ansiedad se observó que el grado de hipoacusia severa tiene mayor relación con el grado de ansiedad, observando que 30% de la muestra presentaron hipoacusia severa y ansiedad moderada/Grave. Se observó que el 76% total del género femenino presenta mayor grado de ansiedad a comparación al masculino.

Conclusión: La ansiedad en pacientes hipoacúsicos mayores de 60 años se presenta en el 75% total de nuestra muestra; mostrando mayor grado de ansiedad de acuerdo al incremento en el grado de hipoacusia, el grado de ansiedad moderada/grave de mayor prevalencia con un 62% de total de nuestra muestra. En cuanto a su distribución por género muestra las mujeres presentan un 36% más ansiedad que los hombres; de acuerdo a grado de escolaridad la ansiedad se presenta en mayor proporción en los pacientes con menor grado académico. Los pacientes del género femeninos que cursan con hipoacusia con menor grado académico son un grupo de riesgo para presentar ansiedad, por lo cual debemos tomar medidas para apoyar a esta población.

Palabras claves: hipoacusia neurosensorial (HNS), ansiedad, adulto mayor, escala de Hamilton

MARCO TEÓRICO

Los problemas auditivos se incrementan en el hombre como consecuencia del aumento de envejecimiento de la población a nivel mundial, ocasionando en el adulto mayor la disminución de la audición a partir de los 60 años de edad.¹

HIPOACUSIA

La audición normal tiene un umbral de 0 a 25 dB. La pérdida de audición los rangos van desde leve a profunda. Se entiende por "*Hipoacusia a la disminución de la capacidad auditiva*". "*Cofosis es la pérdida total de la función auditiva en uno o ambos oídos*".¹

La *Organización Mundial de la Salud (OMS)* define la pérdida de audición en distintos niveles. Estos niveles comprenden:

- Leve entre 26-40 dB
- Moderada 41-60 dB
- Severa 61-80 dB
- Profunda 81 dB o mayor

Según la región del oído donde se produzca, la hipoacusia se clasifica en:

- Hipoacusia Conductiva: ocurre cuando el sonido no se lleva a cabo de manera eficiente a través del conducto auditivo externo hasta el tímpano ni tampoco por los huesecillos del oído. Esto implica oír sonidos débiles.
- Hipoacusia Neurosensorial (HNS). Hay un daño en el oído interno (cóclea), o en las vías nerviosas del oído interno al cerebro. La exposición a ruidos fuertes la puede provocar.
- Hipoacusia Mixta: una pérdida de audición conductiva ocurre en combinación con una Neurosensorial.²

Por hipoacusia discapacitante se entiende una pérdida de audición superior a 40 dB en el oído con mejor audición en los adultos y superior a 30 dB para los niños. El rango de frecuencia crítica de la conversación es audible entre las frecuencias 0.5 a 4KHz¹¹, y se estima que después de los 60 años de edad, la audición disminuye en promedio 1 dB por año, con una mayor pérdida observada en hombres que en mujeres. Se estima que sólo alrededor de un 20% de los adultos mayores con hipoacusia moderada a profunda se perciben a sí mismos con una discapacidad, ya que por lo general el deterioro de la audición es lentamente progresiva.³

El Gold Standard para el diagnóstico de la hipoacusia es la audiometría tonal. Este examen permite evaluar la severidad y características de la pérdida auditiva, criterio fundamental para la indicación de audífono. La logaudiometría es un examen que nos permite encontrar el umbral de recepción verbal y la discriminación auditiva, esto es particularmente útil cuando se plantea la necesidad de indicar un audífono, ya que, al haber una discriminación de lenguaje deficiente, la adaptación al audífono será menos beneficiosa. Se debe tener en cuenta que para poder implementar este examen se requiere de una sala especial para su realización y lo más importante, debe estar validada en el idioma habitual del paciente.⁴

La persona sufre hipoacusia con el paso de los años debido a los cambios que experimenta el sistema auditivo. La hipoacusia debida al proceso de envejecimiento se denomina presbiacusia. En la mayoría de los casos, la pérdida de audición progresa con lentitud, afecta típicamente ambos oídos y puede tener un efecto adverso en la capacidad del individuo de entender lo que se dice; por lo tanto, en su vida social, el paciente tiende a aislarse entre mayor sea su grado de hipoacusia.²

Se considera que la presbiacusia es un fenómeno biológico del que ninguna persona puede escapar, comenzando alrededor de los 20 a 30 años de edad y dando sus primeras manifestaciones a los 50 a 60 años de edad. Por este motivo, podría ser considerada como una condición natural que aumenta su prevalencia con la edad.³

Es considerada como un problema mayor de salud pública, por su repercusión sobre el estado de bienestar emocional, físico y social del individuo, en su progresión se producirá una pérdida en la percepción de los sonidos de frecuencias altas. Su consecuencia más inmediata es que va a interferir en el entendimiento del habla, en el procesamiento de las informaciones acústicas y en la localización de las fuentes de los sonidos, de manera más evidente en locales ruidosos. Esta característica de la presbiacusia reflejada en la frase “puedo oírte, pero no puedo entender lo que dice”. La presencia del fenómeno conocido como «regresión fonémica», caída en los tonos agudos en la audiometría tonal acompañada de una logaudiometría desproporcionadamente mala, es fundamental para poder establecer el diagnóstico de presbiacusia.⁶

La hipoacusia afecta la vida diaria de las pacientes de diferentes maneras, desde la dificultad de mantener una simple conversación telefónica a no poder escuchar a las personas que le hablan en lugares públicos con un cierto grado de ruido ambiente, si están hablando dos o más personas al mismo tiempo no puede seguir correctamente la conversación, no entiende lo que le dicen cuando le está hablando una mujer o un niño, le cuesta trabajo escuchar timbres, alarmas, con distorsión mayor en los sonidos agudos.⁷

Un problema añadido es que, dada su evolución lenta y progresiva, la mayoría de las veces se acude tarde al especialista, pasando en ocasiones varios años desde la aparición del problema hasta su tratamiento.⁶

EPIDEMIOLOGÍA

Según la *Organización Mundial de la Salud*, más del 5% de la población mundial (360 millones de personas) padece hipoacusia discapacitante (328 millones de adultos y 32 millones de niños); siendo el 91% de estos casos en adultos y 56% del sexo masculino. Sin embargo, se estima que hasta el 15% de la población adulta del mundo tiene hipoacusia en cualquier rango, lo que se

eleva a un tercio de la población mayor de 65 años La mayoría de las personas con hipoacusia discapacitante vive en países de ingresos bajos y medianos. La máxima prevalencia en ese grupo de edad se registra en Asia meridional, Asia-Pacífico y el África subsahariana. ⁸

De acuerdo con la *National Institute in Deafness and Other Communication Disorders (NIDCD)*. Menciona que es uno de los problemas de salud más comunes que afecta a los adultos mayores y ancianos. Aproximadamente una de cada tres personas de 65 a 74 años tiene algún nivel de pérdida de audición. Casi la mitad de las personas mayores de 75 años tienen dificultad para oír.

La falta de homogeneidad en los diferentes estudios imposibilita tener un registro global sobre la incidencia y la prevalencia de la hipoacusia. En todo caso, se ha mostrado una prevalencia muy variable, entre el 30 y el 70%. En los Estados Unidos, un tercio de las personas mayores entre 65 y 75 años, y hasta la mitad cuando nos referimos a los mayores de 75 años, muestran una pérdida de audición, considerada como la primera causa de discapacidad crónica. En España, para el 2011 más de 825.000 personas presentan pérdida de capacidad auditiva, de los que aproximadamente el 70% son mayores de 65 años. ⁶

En México el *Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)* y el *Consejo Nacional de Población (CONAPO)* dan a conocer la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID), los resultados censales realizados en el INEGI en 2010, mostraron que 16 de cada 100 personas con discapacidad tenían este tipo de problema. De acuerdo con los resultados de la ENADID 2014, de los 119.9 millones de personas que habitan el país, 6% (7.2 millones) tienen discapacidad, de las cuales el 33.5% (2.4 millones) su problema es auditivo. Las causas de hipoacusia en el país son: 28.9% por enfermedad, 49.6% por edad avanzada, 9.3% por nacimiento, 6.3% por accidente, 0.8% por violencia y 5.1% por otras causas. ⁹

Unas de cada tres personas mayores de 65 años tienen hipoacusia y esto afecta a la comunicación y puede agravar el aislamiento social, la ansiedad, la depresión y el declive cognitivo. La hipoacusia debida a la edad se puede tratar eficazmente con diversos medios, especialmente audífonos. ⁸

La hipoacusia es una de las condiciones crónicas más comunes en los adultos mayores, su prevalencia se estima en 90% en personas de 80 años o más. Los factores de riesgo asociados a la hipoacusia son: sexo masculino, soltería, edad avanzada, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebro-vascular, tabaquismo, deterioro cognoscitivo, exposición a ruido ocupacional, cirugía auditiva previa, uso o exposición a ototóxico, infecciones óticas, enfermedad inmunológica. La hipoacusia en la población geriátrica está estrechamente asociada a factores modificables, por lo tanto, es indispensable detectar dichos factores con el fin de prevenir el déficit auditivo. ¹⁰

El porcentaje de crecimiento en el número de personas de 65 años o más será de entre 18% a 50% en el período 2010-2020 en todas las regiones del mundo. Por este motivo, el número de personas con hipoacusia en consecuencia, crecerá en proporciones similares, en paralelo con estos cambios demográficos. (OMS). Este aumento en el número de personas mayores, junto con el incremento de la esperanza de vida, conllevan una mayor prevalencia de las denominadas como enfermedades edad-dependientes, en las que el propio envejecimiento morfofuncional actuará como factor predisponente, siendo el déficit sensorial auditivo una de ellas. ⁶

El impacto de la hipoacusia principal se presenta en la comunicación, ya que suele percibirse como un estigma social o malinterpretarse como una parte normal del envejecimiento, por lo que genera discapacidad y limitación funcional en las esferas socio-familiar, psicológica, y cognoscitiva, las variables psicológicas que se han asociado con hipoacusia son: la aparición deterioro de la calidad de vida, depresión, ansiedad, alteraciones conductuales y del sueño, limita las relaciones sociales llevando al aislamiento, incluso se ha confirmado que existe una asociación entre el déficit auditivo y riesgo de morbi-mortalidad incluyendo la dependencia de actividades de la vida diaria o muerte. ^{4,10}

Además, está descrito que la presencia de hipoacusia genera un impacto socioeconómico en los adultos que la padecen, observándose menor salario, e incluso más posibilidades de estar desempleado. Debido a la importancia de la comunicación oral y las dificultades observadas en ella en los adultos mayores, *el Committee on Hearing, Bioacoustics and Biomechanics* propuso en 1988 un modelo acerca de los aspectos que afectan adversamente la comunicación oral en los adultos mayores. De acuerdo a este modelo, los cambios relacionados al envejecimiento de las estructuras auditivas periféricas y centrales, así como la disminución de las funciones cognitivas, tales como memoria y atención aisladas o en combinación entre ellas, llevan consigo dificultades en la comunicación oral.³

Diferentes estudios epidemiológicos como el de Jones y colaboradores relacionan la pérdida de audición y la depresión, teniendo como resultado que la prevalencia de la depresión es mayor cuanto mayor es la dificultad auditiva y de está un porcentaje mayor de depresión entre los pacientes mayores con déficit auditivo bilateral. Además, los pacientes mayores con depresión de comienzo tardío y sin deterioro cognitivo presentaban más déficits auditivos que los pacientes con depresión de comienzo más temprano. En un estudio realizado con personas mayores institucionalizadas, se encontró que aquéllos que presentaban dificultades auditivas, tenían más posibilidades de experimentar peor humor, asociando la severidad de la dificultad auditiva a altos niveles de síntomas depresivos y anhedonia. Se ha observado una relación lineal entre la pérdida de la capacidad auditiva y el grado de depresión, de manera que, a mayor déficit auditivo, mayor grado de depresión.⁶

Otra entidad que se puede presentar en un paciente con hipoacusia es la Ansiedad. La palabra Ansiedad y angustia de acuerdo a las raíces lingüísticas y a su uso idiomático tienen un mismo significado: Ansiedad se deriva del latín "anxietas", que significa "estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo" y angustia procede del latín "angustia", "angor", que incluye significados como "Angostura, dificultad, aflicción, congoja, temor opresivo sin causa precisa,

estrechez del lugar o del tiempo) La raíz griega significa “yo estrangulo”. (*Diccionario de la Real Academia*)

ANSIEDAD

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos y psiquiátricos.¹¹

En psiquiatría ansiedad se define como un estado emocional desagradable en las que hay sensación subjetiva de un peligro, malestar, tensión o aprensión, acompañado de una descarga neurovegetativa y cuya causa no está claramente reconocida para la persona.¹²

Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con la relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando evidente disfuncionalidad en la persona, esta condición se manifiesta por: 1) sensaciones somáticas como: aumento de la tensión muscular, mareos, sensación de “cabeza vacía”, sudoración, hiperreflexia, fluctuaciones de la presión arterial, palpitaciones, midriasis, síncope, taquicardia, parestesias, temblor, molestias digestivas, aumento de la frecuencia y urgencia urinarias, diarrea. 2) síntomas psíquicos (cognoscitivos, conductuales y afectivos) como: intranquilidad, inquietud, nerviosismo, preocupación excesiva y desproporcionada, miedos irracionales, ideas catastróficas, deseo de huir, temor a perder la razón y el control, sensación de muerte inminente.¹¹

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social. Los trastornos mentales constituyen una importante carga económica y social, tanto

por su frecuencia, coexistencia y comorbilidad, como por la discapacidad que producen.¹¹

La enfermedad mental es la segunda causa de carga de enfermedad en las sociedades con economías de mercado, sin que haya perspectiva de control de estas cifras, por pronosticarse un aumento considerable. ^{11,13}

Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con sustanciales niveles de incapacidad. Esta disfuncionalidad tiene un impacto considerable en el bienestar personal, en las relaciones sociales y en la productividad en el trabajo, con el agravante de que su alta prevalencia y el curso recurrente o incluso crónico de muchos de ellos, los puede hacer tan inhabilitantes como cualquier otra enfermedad física crónica. ¹³

Los trastorno de ansiedad son los trastornos mentales más comunes, de acuerdo a la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, en los servicios de atención primaria en el mundo, dentro de la población adulta, se encuentra una prevalencia del 20% para los trastornos de ansiedad (página OMS), así mismo estable que los trastornos de ansiedad inician con una media de 15 años de edad, alcanzando la prevalencia más alta entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres 2 a 1 respectivamente. ^{11,14}

Según la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)* en un estudio sobre los Trastornos Mentales en América Latina y el Caribe, los trastornos de ansiedad más frecuentes son el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y el Trastorno de Pánico (TP) con una prevalencia media al último año de 3.4%, 1.4% y 1.0% respectivamente; mostrando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, sin embargo, en el TOC es más común en los hombres. ^{11, 15}

De acuerdo con la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México* (última 2003), el 28.6% de la población adulta padecerá algún trastorno mental alguna vez en su vida, estando entre los tres más relevantes los trastornos de

ansiedad (14.3%), por consumo de sustancias (9.2%) y afectivos (9.1%). En las áreas metropolitanas de nuestro país fue donde se encontró la mayor prevalencia: 3.4%. Por tipo de trastorno, en México los más comunes son: las fobias específicas pues el 7.1% de la población manifiesta haber presentado alguna a lo largo de su vida; le siguen los trastornos de la conducta con una prevalencia del 6.1%; la dependencia al alcohol con 5.9%; la fobia social con un 4.7%; así como el Episodio depresivo mayor con una presencia de 3.3% entre la población nacional.¹⁴

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y preocupación incontrolable que se produce constantemente durante al menos 6 meses. Este trastorno se asocia con la depresión, el alcohol y el abuso de sustancias, problemas de salud física, o todos estos factores.

Según los *Criterios del DSM-V para el diagnóstico del Trastorno Ansiedad Generalizada*:

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar). (American Psychiatric Association):

- A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de seis meses.
- B. Al individuo le resulta difícil controlar el estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de seis meses) Nota: en los niños solo se requiere uno de estos síntomas:
 - 1. Inquietud o impaciencia
 - 2. Fatigabilidad fácil
 - 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
 - 4. Irritabilidad
 - 5. Tensión muscular
 - 6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador).

- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

De acuerdo a los *Criterios CIE-10 para el diagnóstico del Trastorno de Ansiedad Generalizada* se puede encontrar las siguientes características:

La característica esencial de este trastorno es una ansiedad generalizada y persistente, que no está limitada y ni siquiera predomina en ninguna circunstancia ambiental en particular (es decir, se trata de una “angustia libre flotante”). Como en el caso de otros trastornos de ansiedad los síntomas predominantes son muy variables, pero lo más frecuente son quejas de sentirse constantemente nervioso, con temblores, tensión muscular, sudoración, mareos, palpitaciones, vértigos y molestias epigástricas. A menudo se ponen de manifiesto temores a que uno mismo o un familiar vaya a caer enfermo o a tener un accidente, junto con otras preocupaciones y presentimientos muy diversos. Este trastorno es más frecuente en mujeres y está a menudo relacionado con estrés ambiental crónico. Su curso es variable, pero tiende a ser fluctuante y crónico.

- A. Presencia de un periodo de por lo menos seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria.
- B. Presencia de al menos cuatro de los síntomas listados a continuación de los cuales por lo menos uno de ellos debe ser del grupo 1-4:
 - 1. Síntomas autonómicos: palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, sequedad de boca.
 - 2. Síntomas relacionados con el pecho y abdomen: dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor y malestar en el pecho, náuseas o malestar abdominal.

3. Síntomas relacionados con el estado mental: sensación de mareo, inestabilidad o desvanecimiento, sensación de que los objetos son irreales o de que uno mismo está distante, miedo a perder el control o perder la conciencia, miedo a morir.
 4. Síntomas generales: sofocos de calor o escalofríos, aturdimiento o sensación de hormigueo, tensión muscular, inquietud o incapacidad para relajarse, sentimiento de estar “al límite” o bajo presión, disfagia.
 5. Otros síntomas no específicos: respuesta exagerada a pequeñas sorpresas o sobresaltos, dificultad para concentrarse, irritabilidad persistente, dificultad para conciliar el sueño debido a las preocupaciones.
- C. El trastorno no cumple con criterios de trastorno de pánico, ansiedad fóbica, trastorno obsesivo compulsivo.
- D. Criterios de exclusión: el trastorno de ansiedad no se debe a un trastorno orgánico, mental, relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas.

La presencia transitoria (durante pocos días seguidos) de otros síntomas, en particular de depresión, no descarta un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada, pero no deben satisfacerse las pautas de episodio depresivo, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de pánico o trastorno obsesivo-compulsivo.

ESCALAS DE MEDICIÓN

Existen diferentes escalas para la medición del grado de ansiedad, una de ellas es el *Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)* es un breve cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems de opción múltiple, con gran aceptación para medir la ansiedad en adultos y adolescentes. Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión, así como una ayuda para el diagnóstico clínico, para detectar la eficacia del tratamiento a medida que avanza, y como medida de resultado post- tratamiento. Una de las

desventajas de esta escala no discrimina los niveles de severidad de la ansiedad y depresión.¹⁶

Otra escala utilizada para detectar la ansiedad y la depresión es la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (E.A.D.G), su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que se hace referencia en los ítems; con dos subescalas, una de ansiedad y otra de depresión. Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión). Los puntos de corte son mayores o igual a 4 para la escala de ansiedad, y mayor o igual a 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 . Una desventaja en este test, es que la escala global tiene una sensibilidad del 83% y una especificidad del 82%. La subescala de depresión muestra alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7%), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (capto el 66% de los pacientes con trastornos de ansiedad). La ansiedad tiene una sensibilidad menor del 72% pero mayor capacidad discriminante (solo detectad un 42% de los trastornos depresivos).¹⁷

La Escala de Ansiedad de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*) fue diseñada en 1959 por Max Hamilton. (48) Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. (49) Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe

una versión española, realizada por Carrobles y Cols (3) en 1986, que es la que presentamos.¹⁸

Es una escala que consta de un total de 14 reactivos que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Es una escala heteroaplicada. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 15 a 30 minutos.¹⁹

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación en cada uno de los reactivos. Los puntos de corte recomendados son: 0-5: ausencia de ansiedad; 6-14: ansiedad leve; >15: ansiedad moderada/grave.¹⁹ Los puntos de corte para definir los niveles de grado de Ansiedad recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana.²⁰

Su Interpretación: se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios farmacológicos sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión. No distingue síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos, no se recomienda su uso como herramienta de tamizaje, ni de diagnóstico.¹⁹

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13)¹⁹

Las propiedades psicométricas son las siguientes:

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Con un adecuado entrenamiento en su utilización la concordancia entre distintos evaluadores es adecuada ($r = 0,74 - 0,96$). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$).^{19,20}

Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como *The Global Rating of Anxiety by Covi18, 19* ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck²⁰ ($r = 0,56$).²⁰

Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento. La validez interna del instrumento indica que contiene dos dimensiones: la de ansiedad psíquica y la somática. Por otro lado, la validez de constructo, obtenida por medio del análisis factorial, apoya la idea de un factor psiquiátrico y otro somático.²⁰ La versión en español se validó en 2002; así se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.89 y una fiabilidad interobservador superior a 0.9.²¹

La fiabilidad y validez de esta escala es bastante alta con respecto a otras escalas existentes que tienen este mismo fin: determinar el nivel o grado de ansiedad que padece una persona.

La hipoacusia es un problema de salud pública como se ha mencionado, por su repercusión sobre el estado de bienestar emocional, físico y social del individuo, afectando la vida diaria del paciente desde errores en la discriminación fonémica incluso hasta llegar hacer discapacitante la comunicación, siendo los pacientes geriátricos el grupo etario con mayor susceptibilidad de hipoacusia. Así mismo esta patología puede llevar al paciente al aislamiento social, ansiedad, depresión y el deterioro cognitivo, igual genera un impacto socioeconómico por falta de comunicación no pueden aspirar a un mejor salario o empleo.

Debido que la hipoacusia puede desencadenar algún trastorno mental, queremos conocer si el grado de hipoacusia en pacientes mayores de 60 años, podrían ser punto clave para detectar si existe algún grado de ansiedad. Por lo

cual el presente estudio se enfocó en estudiar si los pacientes con hipoacusia neurosensorial media a profunda de tipo vascular degenerativo presentan algún grado de ansiedad, para poder brindar una mejor atención al paciente y ser detectada oportunamente.

En la clínica, existen pacientes que acuden a la consulta refiriendo hipoacusia, sin embargo, no afecta su calidad de vida, aunque un porcentaje de pacientes refieren lo contrario, de acuerdo a la severidad de hipoacusia, así como la evolución de esta, interfiere con la comunicación, integración social, por lo que la calidad de vida se comienza a deteriorar y es cuando pueden presentar algún grado de ansiedad.

De acuerdo con la literatura existen pocos estudios donde se relacione la hipoacusia y ansiedad, siendo la depresión lo más relacionado con la hipoacusia. Un estudio realizado en Estados Unidos se encontró que la prevalencia de la depresión es mayor cuanto mayor sea la dificultad auditiva. Otro estudio realizado por la sociedad Americana de Geriátrica obteniendo como conclusión que la tasa de depresión es mayor en las personas que tienen déficit auditivo. Un estudio realizado en Japón se obtuvo como resultados que el déficit auditivo puede predecir futuros síndromes depresivos.

En México según el INEGI, (2014) 2.4 millones de personas tienen una discapacidad auditiva. La hipoacusia es una de las condiciones crónicas más comunes en los adultos mayores de 65 años, afectando su calidad de vida. Debido que no se cuentan con estudios en nuestro país donde se relacione la hipoacusia y con la ansiedad, es por ello que nuestro estudio ofrecerá información para la población mexicana ya que en esta ocasión se evaluará la zona de la palabra para conocer si el nivel de severidad de hipoacusia se relaciona con el grado de ansiedad.

Según los registros en nuestro centro de concentración se valoran alrededor de 900 pacientes, donde dos tercios de la consulta son pacientes con hipoacusia de los cuales una cuarta parte cuentan con hipoacusia de etiología vascular

degenerativa en pacientes mayores de 60 años, nuestro estudio se planteó lo siguiente:

OBJETIVO GENERAL

Detectar el grado de ansiedad mediante la Escala de Hamilton en los pacientes mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial media a profunda en frecuencias del habla en el Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza”.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y analítico. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital General Centro Médico Nacional La Raza “Dr. Gaudencio González Garza”. Posterior a la firma del consentimiento informado, se procedió a la inclusión de todos los pacientes con diagnóstico de hipoacusia neurosensorial media a profunda que acudieron a la consulta externa en el periodo comprendido por los meses mayo y junio del presente año.

Se incluyó a los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: 1. Pacientes masculinos y femeninos mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial de media a profunda en frecuencias del habla sin ninguna limitación metal ni demanda dentro del IMSS; 2. Pacientes que tiene diagnóstico de hipoacusia neurosensorial por audiometría; 3. Que aceptaron participar en el estudio mediante la firma del conocimiento informado; 4. pacientes con antecedentes de alcoholismo, tabaquismo, toxicomanías. Se excluyeron pacientes con patologías otológicas previas (Enfermedad de Ménière, hipoacusias asimétricas, un oído con audición normal), personas Analfabetas y que no aceptaron la aplicación de la Escala de Hamilton. Cabe mencionar que durante el estudio ningún paciente fue eliminado.

DESARROLLO DEL ESTUDIO O RECOPIACIÓN DE DATOS

Durante la consulta al paciente se le realizó historia clínica, exploración física, otoscopia, audiometría tonal, logaudiometría, exploración vestibular; se le explico al paciente sobre el estudio, con anticipada firma de consentimiento informado, **(Anexo 1)** se aplicó el cuestionario de Escala de Hamilton **(Anexo 2)**.

Cabe mencionar que el estudio no tuvo riesgo para la salud ni en la atención médica del paciente, sin embargo, el entrevistado tuvo que invertir tiempo para contestar la encuesta, con beneficios de saber si actualmente el grado de hipoacusia aumente o se ha detonante para orientar hacia un diagnóstico de Ansiedad y de esta manera fue canalizado al servicio de medicina familiar para así a su vez al servicio de psiquiatría.

Se descartó a aquellos que no cumplieron con los criterios de inclusión, mencionados previamente. Se realizó Historia clínica por diferentes médicos residentes de la especialidad de Audiología y Otoneurología, así como la aplicación de la Escala fue llevada a cabo por el médico residente: Dra. Laura Gabriela Arpáiz Vidal (dicha aplicación se encuentra en estandarización con 20 pacientes blanco).

Mediante un formato se recolectaron los datos de los pacientes, este contempla, edad, género, factores sociodemográficos, antecedentes personales patológicos, severidad de la hipoacusia, exploración vestibular. **(Anexo 3)**

El estudio de Audiológico el cual también fue llevado a cabo por el investigador, se hizo de la siguiente forma:

Usando audiómetros que se encuentran dentro de los consultorios del Servicio de Audiología y Otoneurología de la consulta externa en el Centro Médico Nacional La Raza, llevándose a cabo la Audiometría y logaudiometría, posteriormente la aplicación de la Escala de Hamilton.

Finalmente se recolectaron los resultados y se recopilaron en una base de datos SPSS para estadística descriptiva para así conocer si hay una correlación clínica con el grado de hipoacusia y el grado de ansiedad en los pacientes.

RESULTADOS

ANALÍSIS DE LOS RESULTADOS

En este estudio aceptaron participar 37 pacientes con hipoacusia media a profunda; 20 hombres (54%) y 17 mujeres (46%), con un rango de edad entre los 60 y 88 años, con una edad promedio de 73.7; con una media y moda de 73 respectivamente.

Se realizó estudio audiológico para determinar el grado de hipoacusia, donde se encontró que 17 pacientes (46%) tenían un diagnóstico de hipoacusia neurosensorial moderada para frecuencias del habla; 16 pacientes (43%) con hipoacusia severa y 4 pacientes (11%) con hipoacusia profunda. (**Gráfico 1**).

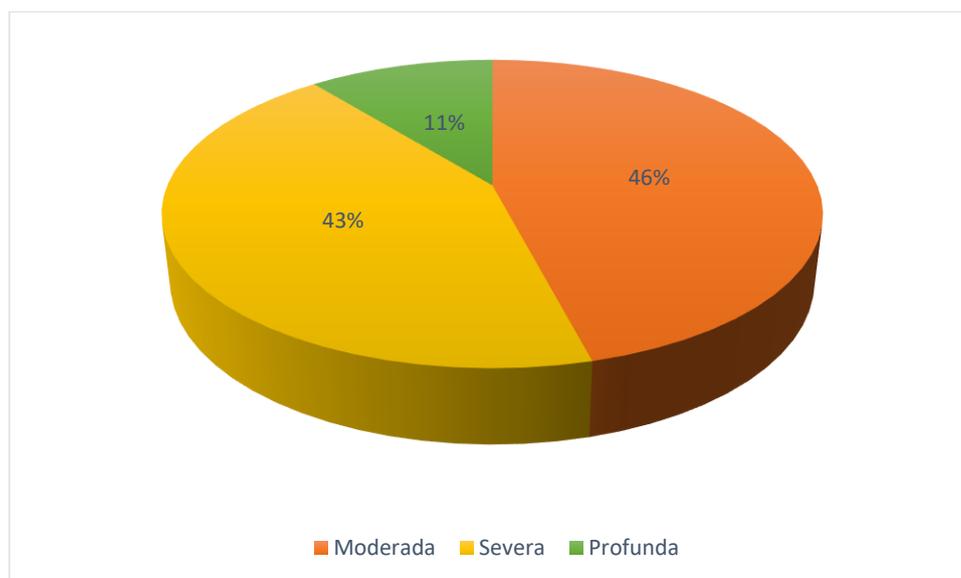


Gráfico 1. Grado de Hipoacusia

El grado de ansiedad mediante la Escala de Ansiedad de Hamilton, con el que se obtuvo 23 pacientes con un grado de Ansiedad Moderada/Grave, 5 pacientes con Ansiedad leve, 9 pacientes con No ansiedad. (**Gráfico 2**). El 62% de la muestra se observaron puntajes mayores o iguales a 16, lo que lo coloca en un grado de Ansiedad moderada/grave.

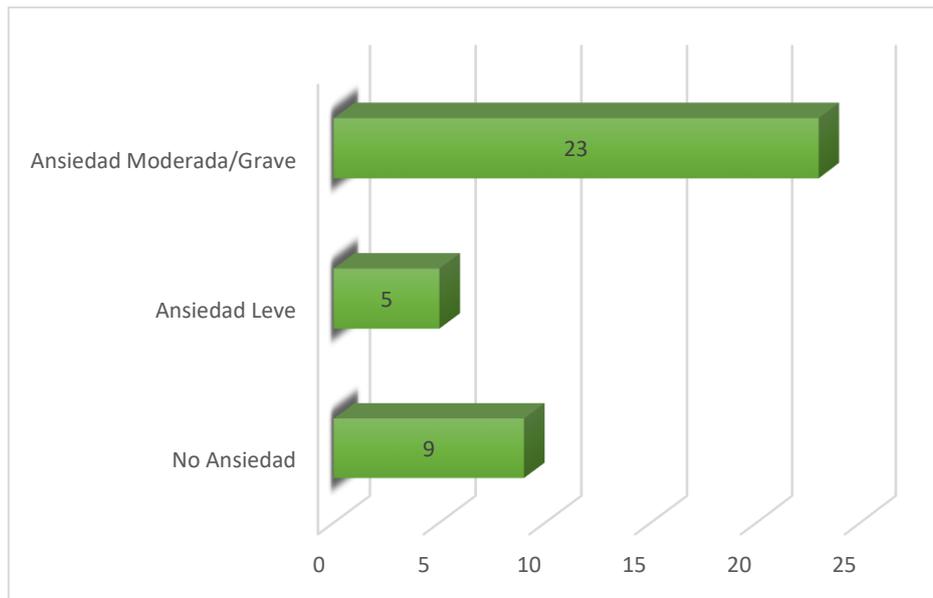


Grafico 2. Grado de Ansiedad

En correlación con la hipoacusia y el grado de ansiedad se observó que el grado de hipoacusia severa tiene mayor relación con el grado de ansiedad, observando que 11 pacientes (30%) presentaron hipoacusia severa e Ansiedad Moderada/Grave. No se encontró relación que el grado de ansiedad sea superior en los grados de hipoacusia profunda, ya que solo 4 pacientes se diagnosticó hipoacusia profunda presentaron y 3 de ellos presentaron Ansiedad Moderada/Grave; un paciente con Ansiedad leve, como se muestra en el **Gráfico 3**.

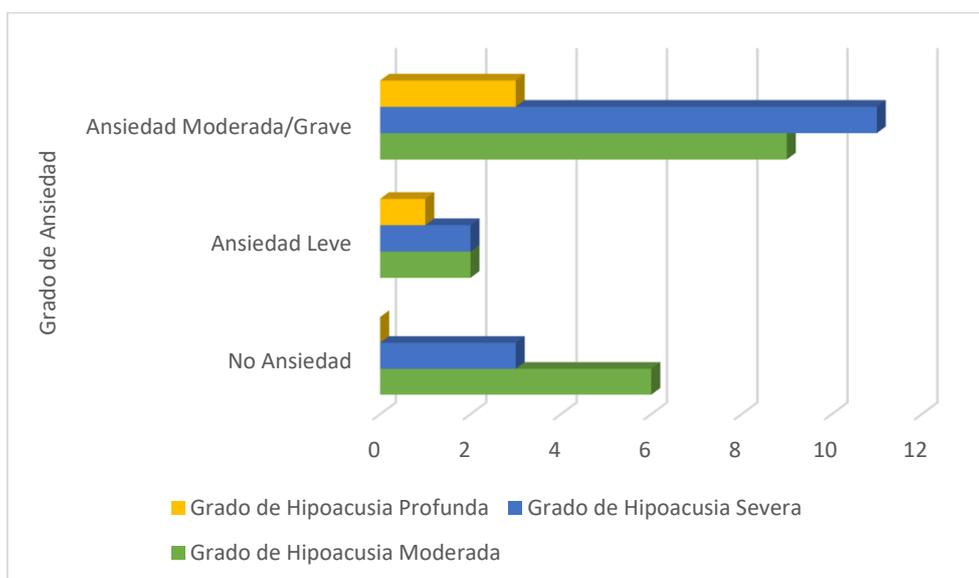


Gráfico 3. Relación del grado de Hipoacusia y Ansiedad

Al Identificar el grado de ansiedad por género en pacientes con hipoacusia neurosensorial media a profunda; observamos que el 76% presentan Ansiedad Moderada/Grave, un 18% Ansiedad leve, 6% sin datos de ansiedad. **(Gráfico 4)**. Por el contrario, el 50% de los masculinos no presenta ansiedad, un 40% presentaron Ansiedad Moderada/Grave, 10% Ansiedad leve. **(Gráfico 5)**

De manera general podemos observar que la mujer genera más ansiedad en un grado más severo que el género masculino.

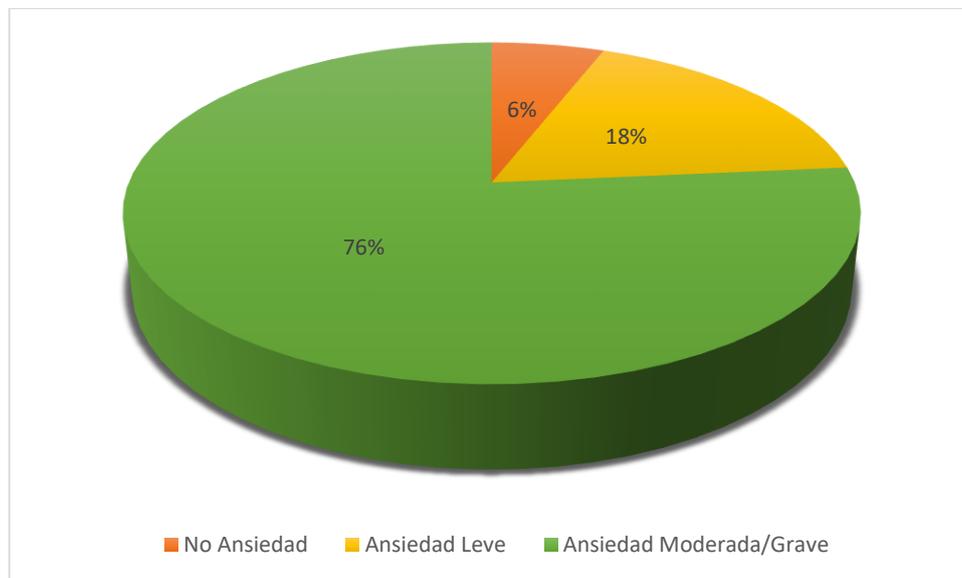


Gráfico 4. Distribución del grado de ansiedad en el género femenino.

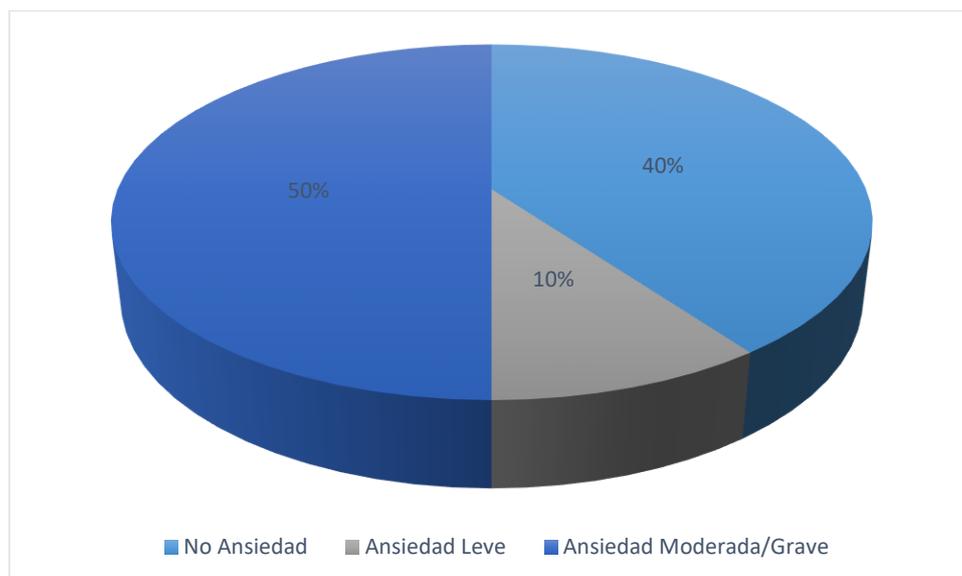


Gráfico 5. Distribución del grado de ansiedad en el género masculino.

El 54% de los pacientes no referían síntomas vestibulares, sin embargo, se observó que los pacientes que sí refirieron síntomas vestibulares, mayor grado de ansiedad presentaban. (**Tabla 1**). El síntoma vestibular más frecuente fue inestabilidad. No existe relación con el grado de hipoacusia y los síntomas vestibulares.

	Con síntomas vestibulares	Sin síntomas vestibulares
Ansiedad Leve	5.4%	8.1%
Ansiedad Moderada/Grave	32.4%	29.7%

Tabla 1. Relación grado de Ansiedad y Síntomas vestibulares

De acuerdo con el grado de ansiedad y el tiempo de evolución de la hipoacusia se observó una que entre más años de evolución tenga la hipoacusia, mayor será el grado de ansiedad, observándose Ansiedad Moderada/Grave en los pacientes que presentaron un tiempo de evolución de la hipoacusia de 1 a 10 años como muestra en el **Gráfico 6**.

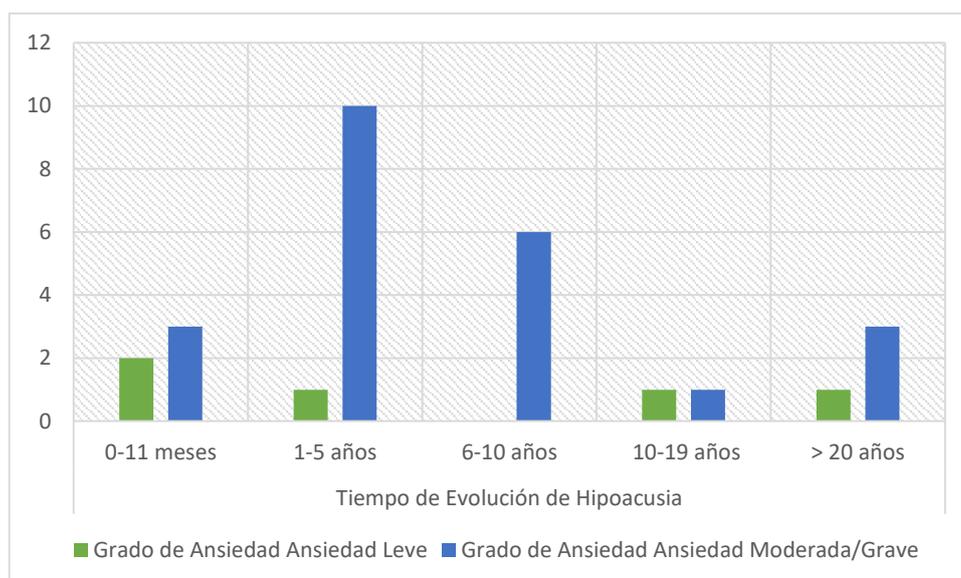


Gráfico 6. Distribución del tiempo de evolución de la hipoacusia y la ansiedad.

Entre los factores de riesgo encontrados en nuestro estudio; 34 pacientes que corresponde al 91% de la muestra presentó comorbilidades. De los 37 pacientes; la hipertensión arterial sistémica se encontró en el 56.8% de los pacientes; así mismo la Diabetes mellitus se presentó en 19 pacientes que corresponde al 51.4% de la muestra. Existiendo una relación estrecha de estas patologías con la ansiedad, en el siguiente gráfico se observa que a partir de una comorbilidad asociada se puede presentar ansiedad, siendo el grado de Ansiedad Moderada/Grave la que más prevalece en los pacientes. **(Gráfico 7).**

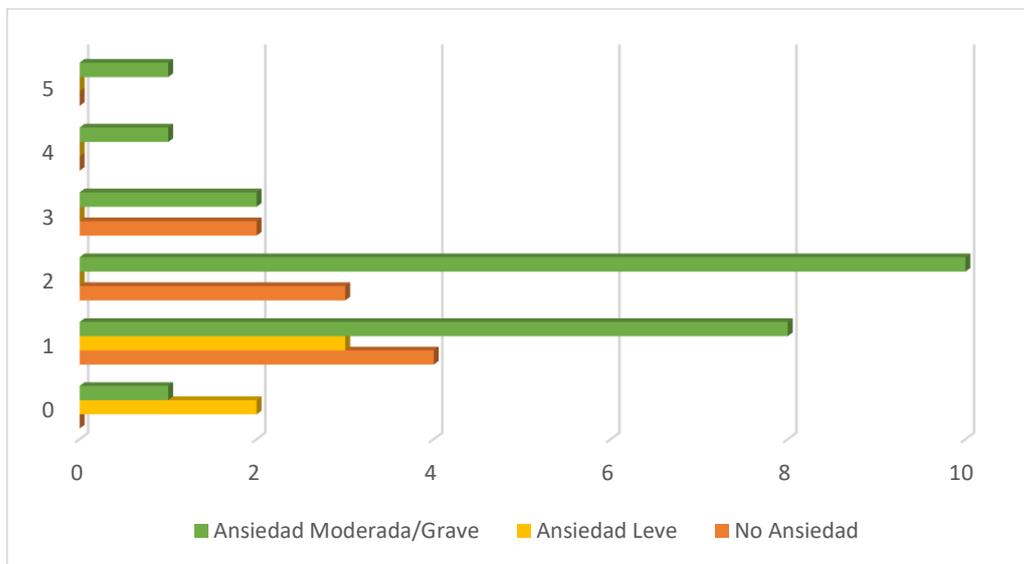


Gráfico 7. Asociación de la Ansiedad y comorbilidades

El 35% de la muestra realizan labores del hogar, 27% son pensionados, 16.2% son jubilados y solo el 21% estaban activos al momento del estudio. **(Gráfico 8)**

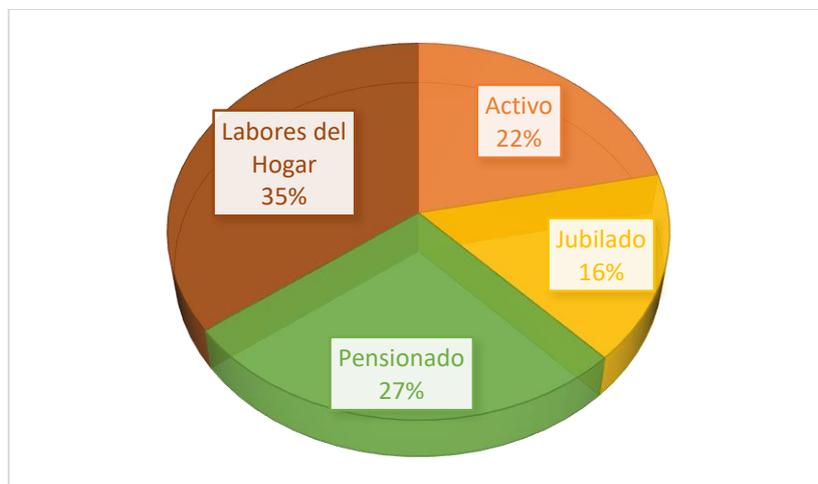


Gráfico 8. Distribución de la Ocupación

En la **Tabla 2**, se muestra la relación del grado de ansiedad con la ocupación de los pacientes encontrando que la mayoría de los pacientes que tienen Ansiedad Moderada/Grave realizan labores del hogar (27%). El grado de hipoacusia moderada es la más frecuente en los pacientes que se encuentran jubilados, pensionados o que se dedican a labores del hogar. (**Tabla 3**)

		Ocupación			
		Activo	Jubilado	Pensionado	Labores del Hogar
Grado de Ansiedad	No Ansiedad	3 (8.1%)	4 (10.8%)	2 (5.4%)	0
	Ansiedad Leve	1 (2.7%)	0	1 (2.7%)	3 (8.1%)
	Ansiedad Moderada/Grave	4 (10.8%)	2 (5.4%)	7 (18.9%)	10 (27 %)

Tabla 2. Relación del grado de Ansiedad y la ocupación

		Ocupación			
		Activo	Jubilado	Pensionado	Labores del Hogar
Grado de Hipoacusia	Moderada	3 (8.1%)	2 (5.4%)	3 (8.1%)	9 (24.3%)
	Severa	4 (10.8%)	4 (10.8%)	5 (13.5%)	3 (8.1%)
	Profunda	1 (2.7%)	0	2 (5.4%)	1 (2.7%)

Tabla 3. Relación de grado de Hipoacusia y la ocupación

En cuanto al grado de estudios que presentaron los pacientes; el 68% cuenta con la primaria completa, 16% secundaria, 8% contaban con una carrera técnica, 5% preparatoria, solo un 3% cuenta una licenciatura. (**Gráfico 9**). Existe una relación entre el grado de ansiedad y la escolaridad referida por los pacientes, ya que menor sea el grado académico mayor es el grado de Ansiedad; observando que 20 pacientes terminaron la primaria de los cuales, 16 pacientes tuvieron un grado de Ansiedad Moderada/Grave; 4 pacientes con Ansiedad Leve. (**Gráfico 10**).

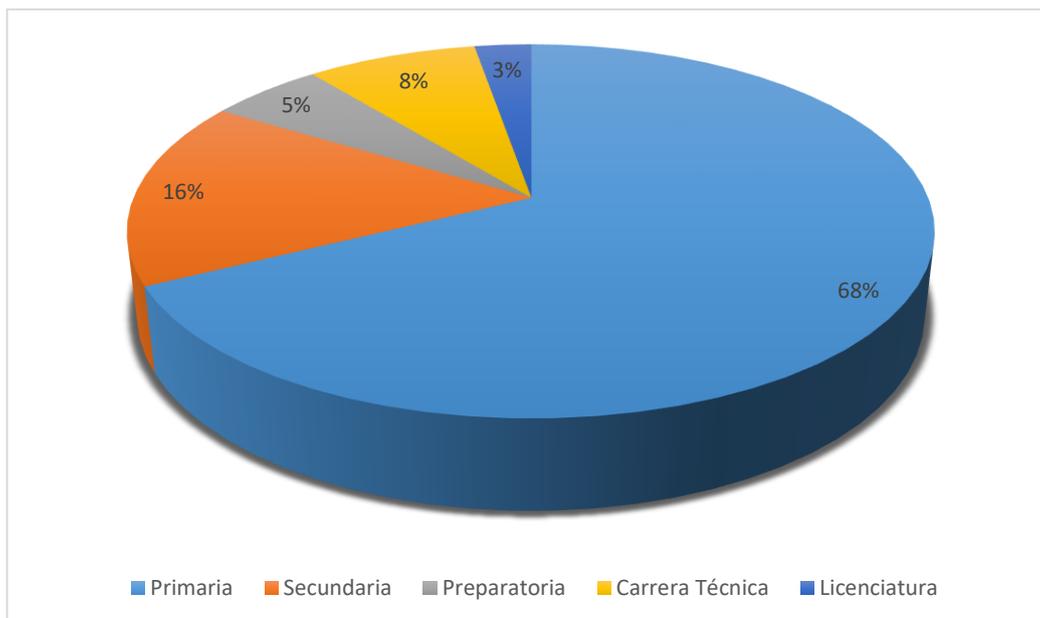


Gráfico 9. Nivel académico

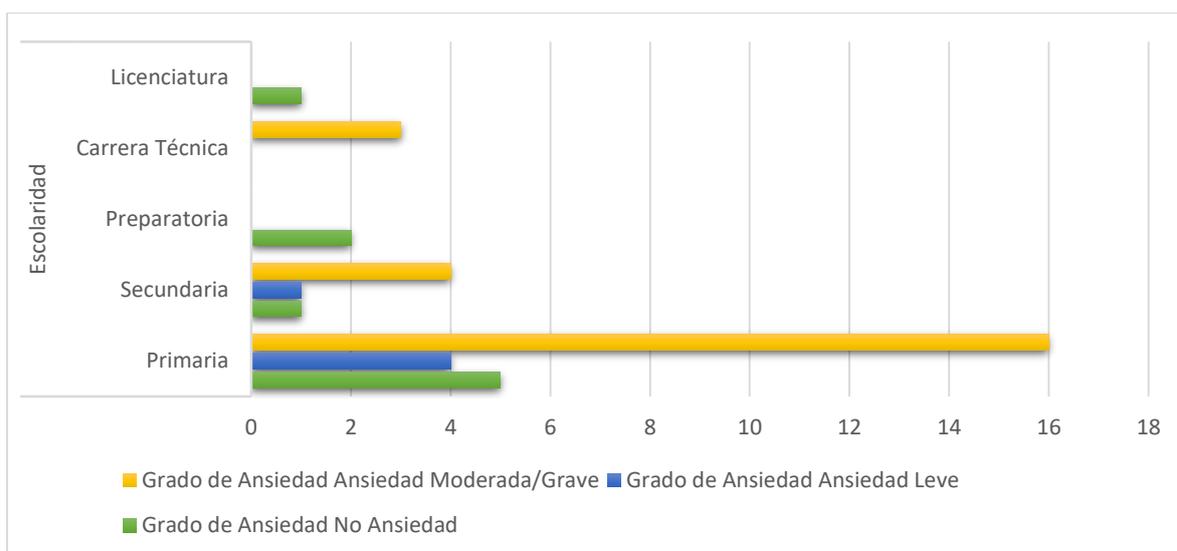


Gráfico 10. Relación de ansiedad y escolaridad.

El 73% de los pacientes refrieron un nivel socioeconómico medio, 24.3% y 2.7% un nivel socioeconómico bajo y alto respectivamente. La mayoría de los pacientes (67.6%) cuenta con casa propia. No existió relación con el grado de ansiedad en cuanto a estas variables estudiadas.

DISCUSIÓN

Es indiscutible que la hipoacusia interfiere en la comunicación entre las personas y dificulta la interrelación del individuo con el medio que lo rodea, teniendo un impacto significativo con eventuales consecuencias para el bienestar social, funcional y psicológico; siendo la depresión, la ansiedad y el aislamiento social las condiciones más frecuentes en los pacientes con hipoacusia. Esto se sustenta en que las dificultades en la comunicación afectan la interacción con otras personas y este fundamental aspecto de las actividades de la vida diaria puede generar un impacto negativo en la calidad de vida.

Diferentes estudios epidemiológicos relacionan la hipoacusia y la depresión determinándose un porcentaje mayor de depresión entre los pacientes mayores ingresados con hipoacusia bilateral que entre los sujetos con audición normal.

En 1984, Jones et al. realizaron un estudio donde participaron 657 pacientes mayores de 70 años donde se buscó información sobre su dificultad auditiva y estado mental: se utilizaron medidas estandarizadas de ansiedad, depresión y pérdida de memoria. De los 657 sujetos entrevistados, el 33% reportó tener dificultades para escuchar conversaciones normales y el 6% reportó haber experimentado "muchoa dificultad". La dificultad auditiva se asoció tanto con la depresión como con la ansiedad, donde encontraron mayor prevalencia de depresión y ansiedad, (30%) era mayor cuanto mayor es la dificultad auditiva.²² Sin embargo, en nuestra muestra identificamos un 76% de prevalencia de dificultad auditiva. Consideramos que la mayor prevalencia en nuestra muestra responde a que la hipoacusia fue medida de manera objetiva y solo se tomaron en cuenta a pacientes que contaran con hipoacusia de media a profunda en frecuencias del habla, mientras en que en los reportes previos solo se trataba de percepción es decir de manera subjetiva y evaluada por el paciente.

En un estudio realizado con personas mayores institucionalizadas, se encontró que aquéllos que presentaban diferentes grados de hipoacusia, tenían más posibilidades de experimentar peor humor, asociando la severidad de la hipoacusia a altos niveles de síntomas depresivos y anhedonia.⁶

Saito et al, en el 2005 al 2008 realizaron en un estudio longitudinal, de cohorte, con la aplicación de un cuestionario HHIE (Hearing Handicap Inventory for the Elderly o Inventario de discapacidad auditiva para adultos mayores), donde participaron 580 personas (261 hombres, 319 mujeres) encontraron una incidencia de síntomas depresivos (depresión, ansiedad y anhedonia) fue 19.6% en el grupo de discapacidad auditiva y del 8% en el grupo sin discapacidad auditiva. Cuando se compararon con los sujetos sin impedimento auditivo, los sujetos con un impedimento auditivo tenían una razón de probabilidades multiajustada de síntomas depresivos de 2,45 (intervalo de confianza del 95% = 1,26-4,77). La asociación siguió siendo significativa incluso cuando se agregó al modelo multiajustado la deficiencia auditiva medida con audiometría de tonos puros.²³ En nuestro estudio solo se realizó en personas con hipoacusia, de los cuales el 30% presentaron hipoacusia neurosensorial severa y ansiedad moderada/grave, encontrando mayor incidencia que el estudio antes comentado.

En nuestro estudio el 73% de los pacientes refirieron un nivel socioeconómico medio, 24.3% y 2.7% un nivel socioeconómico bajo y alto respectivamente. La mayoría de los pacientes (67.6%) cuenta con casa propia. No existió relación con el grado de ansiedad en cuanto a estas variables estudiadas. En comparación con un trabajo realizado por Oppergard et al en 1984 para determinar la interrelación entre la hipoacusia, el apoyo social, la depresión y la ansiedad, se encontró que la hipoacusia está relacionada moderadamente con la depresión y la ansiedad en aquellas personas con escaso apoyo social.²⁴ En nuestra muestra no se identificó relación de la ansiedad con el nivel socioeconómico sin embargo se debe considerarse que la población corresponde a los derechohabientes del IMSS los cuales pertenecen en su mayoría a un estrato socioeconómico medio.

Cacciatore F, en 1999 realizó un estudio donde el objetivo fue evaluar: la prevalencia de HI en una muestra aleatoria de personas mayores de 65 años o más (n = 1,750) la relación transversal entre la función auditiva y el estado cognitivo y también la sintomatología depresiva y la discapacidad, y también

evaluaron el papel de los audífonos en la sintomatología depresiva; La tasa de prevalencia de HI (evaluada por cuestionario) fue del 27,2%, la prevalencia de deterioro cognitivo (evaluada por el Mini-Mental State Examination (MMSE)) fue del 27,9%, la puntuación media de los síntomas depresivos (evaluada por la Escala de Depresión Geriátrica (GDS)) fue de 11,4 +/- 6.6, mientras que la discapacidad evaluada por la Actividad de la Vida Diaria (ADL) estuvo presente en el 7.0% de la población total. Siendo el sexo, la edad y el nivel educativo indican que el riesgo de pérdida de audición aumentó con la edad (cociente de probabilidad 1,60; intervalo de confianza del 95%: 1,53 a 1,71), mientras que la educación desempeña un papel protector (cociente de probabilidad 0,75; intervalo de confianza del 95% 0,72). 0,80).²⁵ Con relación nuestro estudio se encontró que las mujeres presentan mayor grado de ansiedad que el género masculino, también se observó que el menor grado académico presenta una mayor prevalencia de ansiedad, así mismo entre mayor sea el tiempo de evolución existe una mayor prevalencia de ansiedad, consideramos que esto puede deberse a las diferencias socio culturales.

CONCLUSIÓN

Este trabajo permitió observar que la ansiedad es una patología común hoy en día, en nuestro estudio se encontró que la ansiedad en pacientes hipoacúsicos mayores de 60 años se presenta en el 75% total de nuestra muestra; mostrando mayor grado de ansiedad de acuerdo al incremento en el grado de hipoacusia, el grado de ansiedad moderada/grave de mayor prevalencia con un 62% de total de nuestra muestra. En cuanto a su distribución por género muestra las mujeres presentan un 36% más ansiedad que los hombres; de acuerdo a grado de escolaridad la ansiedad se presenta en mayor proporción en los pacientes con menor grado académico. Los pacientes del género femeninos que cursan con hipoacusia con menor grado académico son un grupo de riesgo para presentar ansiedad, por lo cual debemos tomar medidas para apoyar a esta población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lescaille-Torre. JG. Hipoacusia Neurosensorial del Adulto Mayor. Principales causas. Órgano Científico Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba. 2015, 16 de abril; 54 (259): 95-106.
2. American Speech-Language-Hearing Association. [Internet]. 2016. ASHA. [consultado 11 noviembre 2018]. Disponible en: <https://www.asha.org/>.
3. Díaz C., Goycoolea M., Cardemil F. Hipoacusia: trascendencia, incidencia y prevalencia. Rev. Med. Clin. Condes - 2016; 27(6) 731-739.
4. Ministerio de Salud. *Guía Clínica Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono*. Santiago. MINSAL. 2013. <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Hipoacusiabilateralmayores65agnos.pdf>. (ultimo acceso 20 abril 2019).
5. Khullar S., Babbar R. Presbycusis and auditory brainstem responses: a review. Asian Paicfic Journal of Tropical Disease (2011)150-157. doi:10.1016/S2222-1808(11)60056-X.
6. Millán JC. Relación entre el déficit sensorial auditivo y depresión en personas mayores: revisión de la literatura. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2011;46(1):30–35. doi:10.1016/j.regg.2010.09.002.
7. Reyes-Zenteno FE. Estudio Audiológico en adultos mayores de la estancia recreativa “Casa de día”. [Tesis Internet]. [Ciudad de México]. Instituto Politécnico Nacional. 2015. [Citado 15 noviembre 2018] Disponible en: <https://tesis.ipn.mx/jspui/bitstream/123456789/21926/1/Tesis%20Fanny.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. *Sordera y pérdida de la audición*. [actualizado 15 marzo 2019]. [Citado 21 abril 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/deafness-and-hearing-loss>
9. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *La discapacidad en México, datos al 2014*. [Internet]. n.d. INEGI. Disponible en: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf
10. Medina-Chavez JH., Fuentes-Alexandre SA., Grados-Chavarria BH. et al. *Detección y Manejo del Síndrome de Privación Sensorial en el Adulto Mayor*. México: Secretaría de Salud, 2013. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-611-13/ER.pdf> (ultimo acceso 05 enero 2019).
11. Torres-Arreola LP., Cordova-Castañeda A., García-Delgado M., González-Lizcano HMT., et al. *Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, México; Secretaria de Salud*, 2010. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/IMSS-392-10/ER.pdf> (ultimo acceso 05 enero 2019).

12. Reyes-Ticas JA. *Trastornos de Ansiedad. Guía práctica para el Diagnóstico y Tratamiento*. Costa Rica, 2006. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
13. Grupo de Trabajo de la *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS Nº 2006/10. Disponible en: http://www.comunidad.madrid/sites/default/files/aud/sanidad/guia_de_practica_clinica_para_el_manejo_de_pacientes_con_trastornos_de_ansiedad_en_atencion_primaria._guia_rapida.pdf
14. Marjan-López de la Parra MP., Mendieta-Cabrera D., Muñoz-Suarez MA., Díaz-Anzaldúa A. Cortés-Sostres JF. Calidad de vida y discapacidad en el trastorno de ansiedad generalizada. *Salud Mental* 2014;37:509-516.
15. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. n.d. disponible en: <https://www.paho.org>
16. Sanz J., Vallar F., De la Gula E, Hernández A. Evaluación del inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Ed Pearson Educación, 2011. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BAI.pdf>
17. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-899.
18. Carroble JA., Costa M., et al. *La práctica de la terapia de conducta*. Valencia. Promolibro.1986.
19. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959; 32:50–55. Disponible en: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>
20. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2000. Disponible en: <http://psicopsi.com/Escala-de-ansiedad-de-Hamilton-Hamilton-Anxiety-Scale-HAS>
21. Bobes J., Bulbena A., Luque A., Ballesteros J., Ibarra N. Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Med Clin* 2003;120. p. 693-700.
22. Jones DA, Victor CR, Vetter NJ. Hearing difficulty and its psychological implicatifor the elderly. *J Epidemiol Community Health*. 1984;38:75–8.
23. Saito H, Nishiwaki Y, Michikawa T, Kikuchi Y, Mizutari K, Takebayashi T, et al. Hearing handicap predicts the development of depressive symptoms after 3 years in older community-dwelling Japanese. *JAGS*. 2010;58:93–7.
24. Oppegard K, Hansson RO, Morgan T, Indart M, Crutcher M, Hampton P. Sensory loss, family support, and adjustment among the elderly. *J Soc Psychol*.1984;123:291–2.
25. Cacciatore F, Napoli C, Abete P, Marciano E, Triassi M, Rengo F. Quality of life determinants and hearing function in an elderly population: Osservatorio Geriatrico Campano Study Group. *Gerontology*. 1999;45:323–8.

ANEXOS

Anexo 1

Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"Estado de Ansiedad en los pacientes mayores de 60 años con hipoacusia neurosensorial vascular degenerativa en el Hospital General Centro Médico Nacional La Raza, Dr. Gaudencio González"						
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno						
Lugar y fecha:	Ciudad de México, Enero a Junio 2019						
Número de registro:	Pendiente						
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio nos ayuda a saber si los pacientes con problemas de audición pueden tener problemas de ansiedad.						
Procedimientos:	Se realizará su evaluación médica para su oído, y se le pedirá conteste un cuestionario considerando como se siente usted.						
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio se considera sin riesgo alguno.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detectar si existe algún grado de ansiedad y canalizarlo al servicio de psiquiatría de su HGZ correspondiente.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	La información proporcionada, será usada sin dar a conocer sus datos personales.						
Participación o retiro:	La participación es voluntaria, si usted decidiera retirarse no existiría ningún problema, ni en su atención médica.						
Privacidad y confidencialidad:	No se dará a conocer su nombre en ningún momento del protocolo.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dra. Laura Alejandra Villanueva Padrón						
Colaboradores:	Dra. Laura Gabriela Arpáiz Vidal						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

Anexo 2
Escala de Hamilton para la Ansiedad
(Halmiton Anxiety Rating Scale HARS)

		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
		0	1	2	3	4	
1. Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2. Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3. Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4. Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañez al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5. Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6. Humor depresivo	Pérdida del interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alternancia diurna						
7. Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8. Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9. Síntomas cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10. Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartazgo, náuseas, vómito, borborismos, meteorismo, pérdida de peso, constipación						
12. Síntomas genitourinarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida del libido, impotencia						
13. Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14. Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc						

Escala de Halmiton para la Ansiedad (Halmiton Anxiety Rating Scale HARS)

- ✚ Es una escala de heteroevaluación (llevada a cabo por un observador externo como el médico) cuyo objetivo es **evaluar la intensidad de la ansiedad**.
- ✚ Consta de un total de 14 puntos que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad.
- ✚ El marco de referencia temporal son los recientes (al menos los tres últimos); esto aplica prácticamente para la mayoría de los puntos, con excepción del No. 14 que **evalúa la conducta del paciente durante la entrevista**.
- ✚ Con el objetivo **de incrementar la fiabilidad**, las siguientes son sencillas instrucciones para asignar las puntuaciones más adecuadas (son válidas para los 13 primeros puntos).

Instrucciones

1. Identifique los síntomas asociados a ansiedad que presenta su paciente
2. Determine cada uno de los síntomas las siguientes características:
 - a) **Gravedad:**
 1. Leve, de poca importancia
 2. Moderada
 3. Alternaciones graves derivadas de los síntomas, muy molesto
 4. El peor síntoma que haya padecido nunca
 - b) **Tiempo/frecuencia**
 1. Sucede con poca frecuencia durante cortos periodos de tiempo
 2. Ocorre parte del día o menos de la mitad de los días
 3. Se presenta gran parte del día, durante la mayoría de los días
 4. Esta casi todo el tiempo
 - c) **Incapacidad/disfunción**
 1. Conciencia de los síntomas, pero sin interferir en las actividades normales
 2. Los síntomas interfieren en alguna actividad o empeora debido a las alteraciones
 3. Los síntomas causan incapacidad para llevar acabo (o interfieren gravemente) las actividades sociales, familiares o laborales
 4. Los síntomas causan incapacidad para realizar actividades en 2 o más de las áreas anteriores
3. Calcule la media entre las puntuaciones de gravedad y de tiempo/frecuencia, y redondee el promedio en función de la puntuación de incapacidad.

Interpretación

Proporciona una media global de ansiedad al sumar la puntuación obtenida en cada uno de los puntos; con la siguiente interpretación:

- 5: no ansiedad
- 14: ansiedad leve
- + 15: ansiedad moderada/grave

Anexo 3

Formato de recolección de datos

Nombre del paciente:							
Fecha de Nacimiento:							
Edad en años:	Género:			Masculino	Femenino		
Grado de Hipoacusia	Media	Severa	Profunda	Tiempo de evolución de la hipoacusia:			
Grado de Ansiedad	No Ansiedad	Ansiedad leve			Ansiedad moderada /grave		
Comorbilidades	DM2	HAS	Dislipidemia	Enfermedad vascular	Enfermedad tiroidea	Enfermedad Reumatológica	Otro
Ocupación	Activo		Jubilado	Pensionado		Labores del hogar	
Escolaridad	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Carrera técnica	Licenciatura	Otro	
Nivel socioeconómico:	Bajo		Medio			Alto	
Vivienda:	Propia		Rentada		No. De habitantes:		